



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-050 - ISQUEMIA GÁSTRICA SECUNDARIA A HIPERTROFIA DEL LIGAMENTO ARCUATO

Morante, Ana Pilar; López Buenadicha, Adolfo; Ballester, Araceli; Peromingo, Roberto; Losa, Nuria; Nuño, Javier; López Hervás, Pedro

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Caso clínico: Paciente de 73 años con antecedentes personales de depresión, enfermedad de Parkinson en tratamiento y bebedor ocasional que es trasladado al servicio de urgencias por mareo e hipotensión. Refiere dolor epigástrico, sensación de plenitud gástrica, náuseas y sudoración de escasas horas de evolución. Hace 8 meses presentó episodios de rectorragia por lo que se realizó colonoscopia sin hallazgos patológicos. En ocasiones presenta episodios de mareo sin giro de objetos asociado pendiente de estudio por cardiología. Presenta dolor epigástrico a la palpación profunda y la analítica muestra anemia significativa, leucocitosis y neutrofilia por lo que tras estabilización hemodinámica se realiza TAC abdominal que objetiva gas en la submucosa gástrica y en el interior de venas de drenaje de la pared posterior gástrica, ligamento arcuato hipertrofico que condiciona una estenosis del tronco celíaco en su origen, con adecuado relleno de las ramas viscerales a partir de la arteria mesentérica superior con una arteria gastroduodenal de importante calibre, hallazgos que sugieren isquemia gástrica/gastritis enfisematosa. En la endoscopia digestiva alta se observan cambios mucosos isquémicos en la cara posterior del fundus/cuerpo alto gástrico y úlcera antral con bordes sobreelevados y fondo recubierto con fibrina. La biopsia informa de gastritis crónica inactiva sin datos de malignidad y *H. pylori* negativo. El paciente ingresa para continuar estudio con el diagnóstico de gastritis isquémica debida a compresión extrínseca del tronco celíaco por el ligamento arcuato en el contexto de cuadro de bajo gasto secundario a presíncope vasovagal, probable hemorragia digestiva alta reciente y efectos secundarios de la medicación habitual. Se realiza RM que identifica un estrechamiento focal del tronco celíaco, a 1 cm de su origen, con luz filiforme que sugiere compresión extrínseca del ligamento arcuato. Es valorado por cardiología que realiza estudio holter con episodios de taquicardia supraventricular y bradicardia sinusal basal y ecocardiograma sin alteraciones y por Neurología quienes, dado que la enfermedad de Parkinson y el tratamiento dopaminérgico pueden producir hipotensión ortostática, suspenden rasagilina, reducen dosis de ropinirol e inician tratamiento con carbidopa. Se decide intervención quirúrgica programada realizándose quelotomía del ligamento arcuato. El paciente es dado de alta tras un postoperatorio satisfactorio y resolución clínica durante su seguimiento (12 meses) en consultas externas. La RM postquirúrgica muestra una normalización del calibre del tronco celíaco en su origen y porción proximal, sin identificarse el área de estenosis focal previamente descrita.



Discusión: El síndrome de Dunbar se define como dolor abdominal recurrente relacionado con la compresión del tronco celíaco por el ligamento arcuato. Es más frecuente en mujeres jóvenes y puede asociar náuseas, vómitos, diarrea, malabsorción y pérdida de peso. El diagnóstico es de exclusión apoyado por pruebas complementarias como TAC, RM o arteriografía en inspiración-espriación forzada. Las opciones quirúrgicas incluyen quelotomía aislada de ligamento arcuato o asociada a angioplastia/reconstrucción vascular. Tras revisión de la literatura, no hemos encontrado casos de isquemia gástrica como manifestación aguda en el síndrome de Dunbar.